

кишечная инфекция (микст-РВИ). Анализ возрастной структуры микст-РВИ показал, что на детей до 1 года приходилось $39,56\% \pm 5,15\%$ всех регистрируемых случаев, среди которых ассоциация *St.aureus* и ротавируса наблюдалась в $72,22\% \pm 5,56\%$. Учитывая этот факт, для дальнейшего анализа особенностей сезонности и клинического течения смешанных форм РВИ нами была взята группа детей с микст-ротавирусно-стафилококковыми диареями (микст-РВСИ).

Анализ сезонного распределения случаев микст-РВСИ у детей до одного года показал, что в период с декабря по апрель включительно зарегистрировано $70,0 \pm 23,33\%$ случаев, а в период с мая по декабрь – $5,97 \pm 5,51\%$ случаев заболевания, что указывает на имеющуюся чёткую сезонность микст-РВСИ, совпадающую с сезонным распределением случаев МРВИ.

Как показал анализ, имелись достоверные различия в клиническом течении МРВИ и микст-РВСИ. Так, детям с микст-РВСИ инфекцией требовалось более длительное пребывание в стационаре, чем детям с МРВИ ($4,87 \pm 0,28$ vs $3,2 \pm 0,21$ койко-дня). В обеих сравниваемых группах заболевание чаще протекало в среднетяжёлой и тяжёлой формах, причём лёгких форм заболевания в группе детей с микст-РВСИ зарегистрировано не было. У большинства детей в обеих группах заболевание протекало на фоне повышенной температуры тела, однако обращает на себя внимание тот факт, что у детей с микст-РВСИ чаще (при микст-РВСИ – $89,66\% \pm 5,76\%$, при МРВИ $70,0\% \pm 8,51\%$) встречалась лихорадка $>38,1^{\circ}\text{C}$.

Достоверно чаще ($p < 0,001$) у детей с микст-РВСИ ($80,0\% \pm 7,43\%$) в сравнении с пациентами с МРВИ ($33,33\% \pm 8,75\%$) кишечный синдром протекал с симптомами колита, причём у $76,67\% \pm 7,85\%$ пациентов с микст-РВСИ в стуле наблюдались патологические примеси – слизь, зелень, прожилки крови. Анализ показал, что течение микст-РВСИ характеризовалось более длительным диарейным синдромом. Так, диарея сохранялась более 5 дней у $83,33\% \pm 6,92\%$ пациентов с микст-РВСИ и только у $56,67\% \pm 9,2\%$ у детей с МРВИ, у которых длительность диареи чаще не превышала 3-4 дней ($40,0\% \pm 9,1\%$). При сравнительном анализе результатов лабораторных исследований было установлено, что у детей с микст-РВСИ изменения лейкоцитарной формулы характеризовались нейтрофилёзом чаще, чем при МРВИ ($66,67\% \pm 8,75\%$ vs $46,67\% \pm 9,26\%$ соответственно).

Выводы: Преобладающим возбудителем в структуре микст-РВИ у детей первых трех лет жизни среди вирусных компонентов является ротавирус, а среди бактериальных – *St.aureus*; микст-РВСИ в сравнении с МРВИ характеризуется более тяжелым течением (выраженность симптомов интоксикации, признаки инвазивной диареи).

Литература:

1. Острые кишечные инфекции у детей (диагностика, классификация, лечение) : пособие для врачей / под ред. В.Ф. Учайкина. – М., 2003. – 150 с.
2. Gouvea V. [et al.] // J.Clin. Microbiol. – 1990. – Vol. 28, № 2 – Р. 276–282.
3. Е.В. Жираковская [и др.] // Эпид. и инфекц. болезни. – 2007. – № 3 – С. 32–36.
4. Венгеров, Ю.Я. Инфекционные и паразитарные болезни / Ю.Я. Венгеров, Т.Э. Мигманов, М.В. Нагибина. // Справочник практ. врача. – М., 2010. – 308 с.

УДК 616.972+616.8-002.6]-036.22

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ: ПОЗДНИЕ ФОРМЫ И НЕЙРОСИФИЛИС

Майстрёнок А.М., Спиридонов В.Е., Небосько Ю.Ф.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. Сифилис – инфекционное заболевание, представляющее одну из серьезных медико-социальных проблем медицины. Трудности в диагностике

определяются широким использованием антибиотиков по поводу интеркуррентных заболеваний, способствующих иммуносупрессии и изменяющих клинику и течение сифилитического процесса. В последнее десятилетие на фоне продолжающегося снижения общей заболеваемости сифилисом увеличивается число скрытых и поздних форм сифилитической инфекции, в том числе и нейросифилиса [1,2].

Цель работы: провести анализ заболеваемости сифилитической инфекцией за 2009-2019г.г., рассмотреть тенденции эпидемиологического процесса, современные подходы к диагностике поздних форм.

Материал и методы. Проведен анализ конъюнктурных отчетов УЗ «Витебский областной клинический кожно-венерологический диспансер» за 1995-1999г.г., статистических данных АИС «АМУР», форм государственной статистической отчетности (форма № 9, форма 1- ИППП) за 2009-2019г.г.

Результаты и обсуждения: В Витебской области последняя волна роста уровня заболеваемости сифилисом началась в 1993 году (12,4 на 100 тыс. населения), с подъемом до 115,5 в 1995 году и максимумом заболеваемости в 1997-1998 г.г. (196,2, 181,9 на 100 тыс. населения соответственно). С 1999 года постепенно отмечалось снижение уровня заболеваемости сифилитической инфекцией. Если в 1999 году заболеваемость сифилисом составляла 135,41 на 100 тыс. населения, то к 2009 году - 29,8 на 100 тыс. населения. На фоне снижения заболеваемости отмечается перераспределение форм сифилитической инфекции с увеличением поздних форм. Так, в структуре заболеваемости сифилисом поздние формы в 2010 году составили 1,4%, в 2011 году – 6,5%, к 2015 году показатель достиг 30,1%, в 2018 году составил 58,5%, за 9 месяцев 2019 года - 64%. Положительная динамика роста выявления поздних форм сифилитической инфекции связана с внедрением в 2016 году в Витебской области реверсивного алгоритма обследования, приоритетным диагностическим тестом в котором является метод иммуноферментного анализа (ИФА), как наиболее специфичный и чувствительный для использования при скрининговом обследовании населения и наиболее диагностически эффективный для выявления скрытых и поздних форм сифилиса. Тест ИФА для скрининговой диагностики сифилиса с 2019 года используется повсеместно, согласно новым клиническим протоколам по диагностике и лечению сифилитической инфекции. Диагноз позднего сифилиса устанавливается на основании данных эпидемиологического анамнеза (более двух лет после момента заражения), данных конфронтации, положительных серологических тестов (трепонемные тесты: ИФА, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакция иммунофлюоресценции (РИФ-абс.), при этом результаты реакции микропреципитации (МРП) в низком титре или отрицательные в 65,7% случаев [2,3].

При диагностике позднего скрытого сифилиса следует помнить, что нередко есть лица с ложноположительными серологическими реакциями. Случайные биологически ложноположительные трепонемные тесты (РИФ-абс чаще, чем РПГА) могут иметь место при аутоиммунных заболеваниях, ВИЧ-инфекции и во время беременности и могут быть исключены проведением иммуноблоттинга для *T. pallidum*, который является одним из современных и точных методов диагностики сифилиса.

При позднем сифилисе высок риск поражения нервной системы. За последние 10 лет выявлено 15 случаев асимптомного нейросифилиса (без клинических проявлений), установленного на основании положительных серологических пробах ликвора. Для исключения висцеральных форм позднего сифилиса проводится ультразвуковое исследование сердца, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография очага поражения, рентгенография органов грудной клетки [3]. Недиагностированный асимптомный нейросифилис – основа в дальнейшем для формирования поздних форм нейросифилиса с тяжелыми клиническими симптомами (парезы, параличи, психические нарушения, патология зрения и слуха и тяжелой инвалидизации). Недостаточная осведомленность специалистов о клинических особенностях сифилитической инфекции в ее поздних проявлениях делает необходимым изменение направления организационной

работы, а также более активного вмешательства дерматовенерологов в диагностический процесс. Проводится активная работа по взаимодействию с врачами-неврологами, кардиологами, офтальмологами и другими специалистами по выявлению поздних форм сифилиса.

Выводы.

1. Современная эпидемиологическая ситуация характеризуется преобладанием поздних форм сифилитической инфекции.

2. Бессимптомное течение сифилитической инфекции требует настороженности и диктует высокие требования к организации обследования пациентов, обращающихся за медицинской помощью, в том числе в медицинские учреждения первичного звена и специализированные стационары кардиологического, офтальмологического, неврологического профилей.

3. Использование современных методов исследования позволяет диагностировать сифилитическую инфекцию не только на ранних, но и поздних этапах ее развития.

Литература:

1. Аковбян, В.А. Инфекции, передаваемые половым путём / В.А. Аковбян, В.И. Прохоренков, Е.В. Соколовский. – М. : МедиаСфера, 2007. – 744 с.

2. Адашкевич, В.П. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путём / В.П. Адашкевич. – М. : Мед. лит., 2003. – С. 50–70.

3. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 96 от 19.09.2019г «Об утверждении клинического протокола» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.pravo.by/upload/docs/op/W21934705p_1572296400.pdf. – Дата доступа: 25.11.2019.

УДК 616.5-002:579

РОЛЬ ФУЗИФОРМНЫХ БАКТЕРИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИОРАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА

Мяделец М.О.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Этиопатогенез периорального дерматита (ПД) до сих пор остаётся невыясненным, несмотря на большое количество публикаций, посвящённых данному вопросу [1-3]. В результате частого использования увлажняющих кремов возникает хронический отек рогового слоя, приводящий к повреждению эпидермального липидного барьера, который локализуется в этом слое, и снижению барьерной функции его и всей кожи в целом. Это способствует проникновению в кожу микробной флоры [1].

Микробный фактор в развитии ПД активно изучается в последние годы. Ранее предполагалась взаимосвязь его с кандидозом, а в последнее время участились сообщения о предполагаемой взаимосвязи с инфекциями, вызываемыми фузиформными бактериями (ФБ) [4-6]. При этом исследователи ориентируются на стандартные микробиологические методики, включающие посев материала на различные питательные среды и его последующую микроскопию [4-7].

Однако для подтверждения вышеуказанных предположений необходимо использование более современных методов диагностики, таких, например, как метод ПЦР, который позволяет выявить возбудителя даже при наличии единичных молекул его ДНК.

Цель исследования. Уточнить роль фузиформных бактерий в возникновении периорального дерматита, с применением лабораторных методов молекулярной диагностики (ПЦР).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 4 группы пациентов: 10 пациентов с периоральным дерматитом, 10 – с папуло-пустулёзным